

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 Avril, à une heure

par

Étienne ^APAQUET

né à Paris, le 20 janvier 1862

ASSOCIATION

DE LA

ROUGEOLE & DE LA SCARLATINE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { BRISSAND, professeur.
 { DEJERINE et MARIE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 Avril, à une heure

par

Étienne ^APAQUET

né à Paris, le 20 janvier 1862

ASSOCIATION

DE LA

ROUGEOLE & DE LA SCARLATINE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { BRISSAND, professeur.
 { DEJERINE et MARIE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1894

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur STRAUS

Professeur agrégé à la faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Avant de commencer cet ouvrage, nous considérons comme un devoir de rendre un public hommage à la mémoire de M. le docteur Morlot, ancien directeur honoraire de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon, médecin en chef de l'Hôpital général de cette ville, chevalier de la Légion d'honneur.

Nous avons eu le bonheur d'être l'interne de ce clinicien distingué, doublé d'un philosophe. Nous conservons pieusement les lettres qu'il a bien voulu nous écrire, alors que nous débutions dans l'exercice de la profession médicale, lettres pleines d'enseignements sur la déontologie médicale, où il nous expose les devoirs du médecin envers lui-même, envers ses confrères, envers la société.

Nous avons également eu la fortune d'être, au même hôpital, interne du service de M. le docteur Parizot, ancien interne des hôpitaux de Lyon, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon.

C'est lui qui nous a dirigé dans l'étude de la chirurgie, et nous nous rappelons toujours avec plaisir ce maître si aimé de ses élèves.

M. le docteur Deroye, aujourd'hui directeur de l'Ecole de Médecine de Dijon, a droit également à toute notre reconnaissance ; c'est lui qui nous a enseigné l'anatomie. Il nous faisait, en outre de son enseignement à l'Ecole, des conférences de clinique à l'hôpital ; et, là, il attirait à lui les nombreuses sympathies, non seulement de ses élèves, mais encore de ses confrères.

MM. les docteurs Gautrelet, Misset, Maillard, Tarnier et Collette, nos autres maîtres de l'Ecole de Dijon, ne seront pas oubliés de nous.

M. le professeur Straus nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous ne saurions trop lui avoir de reconnaissance et le souvenir de la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous écouter restera à tout jamais gravé dans notre cœur.

I

Dans son introduction au traité de la syphilis, Hunter s'exprime de la manière suivante :

« Il est hors de toute discussion pour moi que deux actes morbides ne peuvent jamais avoir lieu dans la même constitution, ni dans la même partie, en un seul et même temps.

« Deux fièvres différentes ne peuvent exister dans la même constitution, ni deux affections locales dans la même partie, à la même époque. »

Cette loi de Hunter domina les esprits des médecins, qui le suivirent. Hébra l'applique au cas spécial qui nous occupe; cet auteur ne peut admettre que la scarlatine coexiste jamais avec la variole ou la rougeole chez le même malade.

Grisolle n'admet pas non plus la complication possible des fièvres éruptives entre elles. Trousseau explique cette résistance d'une fièvre éruptive à une autre. « Chez les petits malades de nos hôpitaux on ne voit jamais la contagion scarlatineuse s'imposer à un enfant atteint de rougeole et réciproquement; ces affections se succèdent, mais elles ne se développent jamais simultanément. Les fièvres éruptives, comme toutes les grandes pyrexies;

impriment à l'économie une sorte de résistance pour l'invasion d'une seconde affection du même genre. »

Mais des opinions aussi radicalement émises ne furent pas sans susciter une prompte réaction. Des arguments, en partie empruntés aux anciens, furent opposés aux partisans de la loi Huntérienne. Deux mémoires importants sont à retenir : le premier, celui de Masson, de l'hôpital des varioleux de Londres, se rapporte à la variole compliquée de scarlatine, et le second travail qui servit de thèse inaugurale à Willemin, énumère une quarantaine d'observations sur la question de contemporanéité. Ces deux travaux datent de 1847.

Il n'entre point dans notre intention de faire l'historique de la question des complications des fièvres éruptives en général. Nous n'examinerons que la coexistence ou la succession sur un même malade des virus scarlatineux et morbillieux.

La coexistence de la scarlatine et de la rougeole est connue depuis fort longtemps. Frank, Alibert, Rayer, Bouillaud, etc., en ont signalé des nombreux exemples. L'étude de l'influence réciproque exercée par ces deux affections a donné lieu à des remarques fort intéressantes. D'après Naumann, « suivant le degré d'influence réciproque, et celui de maturation de leurs contagés, tantôt elles se fondent en une troisième forme morbide, tantôt elles restent complètement distinctes et actives côte à côte. »

Rilliet et Barthez, en tranchant la question de la contemporanéité, disent qu'en cas de scarlatine compliquée

de rougeole, elle-ci est toujours anormale, ce qui rend le diagnostic très difficile. Bien plus, il arrive dans la grande majorité des cas, que l'intensité des symptômes concomittants est en raison inverse de celle des éruptions. « Ce résultat en apparence singulier s'explique aisément si l'on se rappelle que, dans bon nombre de cas, il existe une sorte de balance entre la phlegmasie de la peau et celle des muqueuses, et que, si par une cause quelconque la première diminue, on voit s'accroître la seconde en sorte que si la scarlatine fait disparaître la rougeole, la bronchite doit augmenter. Il est plus rare de voir la rougeole dominer la scarlatine. »

Dans sa thèse, Willemin formule en ce qui concerne la rougeole et la scarlatine, la conclusion suivante :

« La scarlatine et la rougeole peuvent se développer simultanément sans se troubler. D'autres fois elles se modifient réciproquement; la durée de chacune est abrégée sans qu'il nous ait été possible de trouver la raison de la marche tantôt régulière, tantôt anormale de la double éruption. Nous n'avons vu dans aucun cas, l'une interrompre le cours de l'autre. »

Dans un cas de Touzelin la rougeole aurait été supprimée par une scarlatine arrivant en pleine éruption morbillieuse.

L'action réciproque de la scarlatine et de la rougeole frappant un même individu en même temps a donné naissance aux opinions les plus divergentes. Cette action réciproque porte sur toutes les phases de ces deux

maladies éruptives. Il faut donc l'étudier au moment de l'*incubation*, de l'invasion, de l'éruption et de la gravité que peut présenter leurs combinaisons. En outre les symptômes pathognomoniques, comme l'éruption par exemple, peuvent être fortement modifiés; à tel point qu'une nouvelle question peut surgir, celle du diagnostic.

La rougeole et la scarlatine peuvent se combiner de différentes manières. Nous allons d'abord examiner la contemporanéité de ces deux fièvres éruptives. Leur coexistence a depuis longtemps frappé les auteurs. Willemmin en étudiant ces formes a vu deux fois l'affection concomittante améliorer l'état de la maladie; dans un cas une scarlatine anormale fut ramenée au type régulier par une rougeole; dans l'autre ce fut une rougeole, accompagnée d'accidents gastriques, auxquels l'invasion de la scarlatine mit un terme.

D'après Mauthner, la coexistence de ces deux exanthèmes serait toujours fort grave. Le pronostic varierait au point de vue de cette gravité, avec le moment de l'apparition d'une de ces fièvres éruptives. C'est ainsi que si la scarlatine ne survient qu'après l'effacement des taches rubéoliques, ou au moment de leur desquamation, le pronostic serait essentiellement bénin. Touzelin prétend que les cas, où la scarlatine succède à la rougeole sont moins graves que ceux dans lesquels la rougeole succède à la scarlatine. Il a même observé un fait où la scarlatine suivant de près la rougeole a semblé avoir amélioré rapidement la broncho-pneumonie et l'entérite morbilleuse.

Bez, dans sa thèse si remarquable, dit que dans l'immense majorité des cas, la marche des fièvres éruptives contemporaines ne présente aucune déviation sensible de la normale.

On n'observe ni interruption brusque ni rétrocession de l'un des exanthèmes. Il n'y a pas suspension de l'exanthème plus faible par l'exanthème plus fort. Il ne s'agit pas non plus d'un droit d'ancienneté dans l'organisme qui constituerait en faveur du premier occupant une sorte de prépondérance sur l'autre.

Le court aperçu historique, qui précède, prouve qu'on ne saurait, à l'heure qu'il est, se prononcer contre la possibilité de l'association de deux fièvres éruptives chez le même individu. Cette association est infiniment plus fréquente dans les hôpitaux où les conditions de contagion sont multiples, que dans la clientèle privée, à l'abri pour ainsi dire d'infection secondaire ou concomitante d'une fièvre éruptive.

Les combinaisons des fièvres éruptives entre elles sont très nombreuses. Deux éruptions peuvent coexister, ou apparaître en se suivant. C'est ainsi qu'on aura en ce qui concerne la rougeole et la scarlatine, qui font l'objet de ce travail, les quatre groupes suivants :

1). Scarlatine suivie de rougeole = Scarlatine et rougeole.

2). Rougeole suivie de scarlatine = Rougeole et scarlatine.

3). Rougeole apparaissant au cours d'une scarlatine = Scarlatine-rougeole.

4). Scarlatine apparaissant au cours d'une rougeole = Rougeole-scarlatine.

L'action réciproque que ces deux fièvres éruptives exercent l'une sur l'autre doit être étudiée au point de vue de l'incubation, de l'invasion, de l'éruption et surtout du pronostic.

Examinons d'abord notre premier groupe de scarlatine suivie de rougeole. Notre première observation est très instructive à cet égard. Il s'agit d'une enfant âgée de trois ans et demi, entrée le 14 janvier dans le service du docteur de Saint-Germain pour une tumeur blanche du genou. Le 1^{er} février, elle passe dans les salles de M. le professeur Grancher pour une scarlatine au début. Le 10 février apparition des symptômes caractéristiques d'une rougeole au début, qui a évolué ensuite à peu près normalement ; l'enfant a succombé à une broncho-pneumonie avec cœur forcé. D'ailleurs les détails qui suivent vont faire ressortir les points importants à retenir. En tout cas nous allons fixer tout d'abord la période d'incubation de la scarlatine et de la rougeole au point de vue de sa durée.

L'incubation comptée pour la rougeole, jusqu'aux premiers prodromes est de 8 à 10 jours, jusqu'à l'éruption elle est de 13, 14, 15 jours au plus. (Panam, Bécleri Sevestre). Guinon a observé la même durée dans les hôpitaux de Paris. Au contraire pour la scarlatine, les auteurs assignent à l'incubation une durée très variable. Depuis 7 heures (Thomas) 12 heures (Sevestre), jusqu'à 12, 17 jours (Gérard) 20 jours même.

Il y a certainement des cas où la durée est extrêmement raccourcie, tel le cas de Trousseau qui éclate

24 heures après le contact. Mais les observations récentes de Sevestre, de Jahanessen, celles de Guinon, auxquels nous empruntons ces détails, donnent invariablement le chiffre de 4 à 5 jours.

En résumé on se rapproche beaucoup de la réalité en prenant comme moyenne de durée de l'incubation morbilleuse 13 à 15 jours et pour la scarlatine 4 à 5 jours.

Ces notions admises, voyons comment dans nos observations les choses se comportent.

OBSERVATION I (INÉDITE)

Scarlatine compliquée de rougeole.

La nommée J. Edvige âgée de 3 ans et demi entrée le 10 février 1889, à l'hôpital des enfants malades salle Parrot, service du professeur Grancher.

Antécédents héréditaires. — Père mort de méningite.

Mère bien portante.

Grand-père paternel, mort d'une angine de poitrine à un âge très avancé.

Pas d'autres enfants.

Antécédents personnels. — Née à terme.

Élevée au sein par une nourrice à la campagne.

Sevrée à 20 mois.

Première dent à un an. La dentition s'est effectuée sans accidents.

L'enfant a marché à 15 mois, elle a eu :

La coqueluche il y a un an.

La varicelle, il y a deux mois et demi.

Le 14 janvier, elle entra dans le service de M. de Saint-Germain pour une tumeur blanche du genou gauche.

Sortie le 1^{er} février, à cause d'une éruption et d'un mal de gorge, elle entra à la salle Parrot.

Observation prise à la salle Parrot.

Mal de gorge.

Langue rouge, vernissée.

Rougeur très intense dans toute l'étendue de l'arrière-gorge.

Peau chaude.

Le cou et le tronc sont couverts d'une éruption constituée par un petit piqueté rouge sur fond rouge. La pression ne fait disparaître la rougeur qu'en partie.

Pas d'albumine dans l'urine.

Traitement. — Régime lacté.

6 février. — Pas d'Albumine, ni sérine, ni globuline, ni peptone.

7 février.

8 février. — Pas d'albumine. Le soir la malade est très enrouée, on prescrit un cataplasme sinapisé.

9 février. — Le matin, l'enrouement a disparu en partie. Le soir la température s'élève.

10 février. — Larmolement, catarrhe nasal, quelques boutons de rougeole.

Passage à l'isolement.

11 février. — Sur tout le tronc une éruption, dont le fond rougeâtre rappelle l'aspect de la miliaire.

Par endroit des macules ayant le caractère rubéolique, principalement sur le dos. Catarrhe oculo-nasal.

Pas d'éruption sur la face, non plus que sur les membres.

Gorge très rouge sans points blancs.

La face est bouffie, la peau blanche. L'aspect du visage est celui des malades atteints de néphrite.

La voix est éraillée et un peu voilée.

On trouve une diminution de la respiration à la base gauche, avec retentissement du cri.

Le cœur paraît un peu hypertrophié : la pointe bat dans le cinquième espace intercostal un peu en dehors de la ligne mamelonnaire.

Pas de bruit de galop appréciable.

12 février. — L'éruption se montre à la face.

Elle est plus vive sur le corps, mais sans netteté au point de vue du diagnostic entre la rougeole et la miliaire.

Angine pultacée.

Traitement. — Lavage de la gorge à l'eau boriquée.

13 février. — Le pouls est très fréquent.

Sur le corps, l'éruption rappelle de plus en plus l'éruption miliaire.

Desquamation légère.

Hypertrophie du cœur.

Teinture de digitale VI gouttes.

14 février. — Pouls extrêmement fréquent : environ 164 pulsations quand l'enfant est au repos.

Les bruits de la pointe du cœur sont faibles.

Pas de tâches dans la gorge.

Diminution de la respiration dans toute l'étendue du poumon gauche en arrière.

Desquamation plus abondante.

Pas d'écoulement d'oreilles.

L'enfant garde les yeux fermés, elle est grognon, ne cause pas, pleure même quand sa mère est là.

15 février. — Râles sous-crépitaux en avant et à gauche ;
quelques-uns en arrière et à droite.

Traitement. — Ventouses sèches matin et soir.

Rhum 15 gr.

Extr. de *quinquina* 1 gr.

Suppression de la digitale.

16 février. — Tirage sous-sternal.

Submatité dans les 2/3 postérieurs du poumon gauche.

Dyspnée très accentuée.

Desquamation par larges écailles au niveau du tronc ;
desquamation furfuracée à la face et au genou.

Malgré la dyspnée, l'enfant joue, ouvre parfois les yeux,
se montre plus gaie que les jours précédents.

Traitement. — Ventouses sèches matin et soir.

Teinture de digitale VI gouttes.

L'enfant meurt le 17 février à 8 heures matin.

OBSERVATION II (INÉDITE)

Scarlatine compliquée de rougeole

Le nommé S. Gustave, âgé de cinq ans et demi. Entré le 19 février 1889, à l'hôpital des enfants malades, salle Guersant au service du professeur Grancher.

L'enfant vient de la salle Blache où il est entré 4 semaines auparavant (22 janvier) pour une scarlatine.

L'érythème scarlatineux était très net à son entrée à l'hôpital.

Antécédents Héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. Une sœur actuellement salle Parrot avec une scarlatine.

Une autre sœur âgée de 2 mois bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au sein par une nourrice à la campagne, sevré à 14 mois ; a marché à 15 mois.

Dentition sans accident.

Aucune maladie antérieure.

État actuel. — Hier 18 février avant son passage à la salle Guersant l'enfant a pour la première fois présenté de l'albuminurie.

L'éruption rubéolique a paru ce matin sur la face ; cette éruption est pâle sur la face, plus intense sur le dos et sur les lombes.

Desquamation furfuracée sur les bras qui existe aussi légèrement sur la face.

L'enfant présente un coup de pinceau conjonctival peu accentué.

La gorge est rouge avec un piqueté sur le voile du palais ; un peu de rougeur de la muqueuse de la joue qui présente deux aphtes dont un a la dimension d'un grain de chénevis, l'autre celle d'un grain de millet.

A la base gauche, l'auscultation permet de constater un souffle à timbre pleurétique, perçu dans le tiers inférieur du poumon, avec égophonie.

La percussion donne seulement un peu de matité au même niveau.

A la salle Blache on avait appliqué de la teinture d'iode en avant et en arrière du même côté.

En somme, broncho-pneumonie pour laquelle on prescrit des ventouses sèches.

20 février. — L'éruption est aujourd'hui plus vive, mieux sortie; on trouve des macules rubéoliques avec intervalle de peau saine sur tout le corps.

On trouve aussi des taches rouges punctiformes avec sudamina qui rappellent l'aspect de la miliaire et qui donnent au palper une sensation rugueuse.

Il semble qu'il y ait deux éruptions concomitantes, rubéolique et miliaire, les sudamina de la miliaire paraissant exister sur les macules de la rougeole.

On entend à la base gauche un souffle plus tubaire.

Les bruits du cœur sont un peu voilés, mais à ce niveau, la percussion donne une augmentation de la sonorité du poumon.

La voix est voilée.

Sur les piliers antérieurs du voile du palais, existe une teinte opaline permettant de craindre de la diphthérie.

L'enfant a un peu de délire.

21 février. — Diminution de la respiration dans toute l'étendue du poumon droit avec râles sous-crépitaux.

En arrière et à gauche, souffle tubaire intense avec bronchophonie.

La percussion révèle une matité en arrière, coupée en deux vers la partie moyenne par une zone de son tympanique d'environ 2 travers de doigt.

En avant et à droite la respiration est un peu diminuée avec gros râles sous-crépitaux.

Sous la clavicule gauche, percussion et respiration normales.

22 février. — Signes stéthoscopiques à peu près les mêmes en arrière.

En avant plus de signes morbides.

La température est tombée de 40°2 à 38°5.

Le délire a disparu.

On trouve sur la langue des points blanchâtres diphthériques, il en existe aussi sur la face interne des lèvres.

Passage à la diphthérie.

Jamais eu d'albumine.

L'examen a été fait au point de vue de la sérine, de la

globuline, et des peptones au moyen de la chaleur, de l'acide nitrique, du sulfate de magnésie, des réactifs de Tanret et de Millon.

OBSERVATION III

(*Gazette des Hôpitaux*, 6 octobre 1885)

Scarlatine suivie de rougeole

§ premier. — Enfant de 4 ans entré pour un simple torticolis, et qui quatre jours après son arrivée, était en pleine éruption de scarlatine, laquelle, trois jours plus tard, le 23 entrait en défervescence.

Celle-ci se continuait régulièrement le 24, le 25 et le 26, puis le 27, c'est-à-dire du septième au huitième jour, elle présentait cette légère ascension physiologique de la fièvre que l'on rencontre ordinairement à cette date dans la scarlatine.

Jusque-là rien que de régulier, mais ce qui ne l'est plus, c'est que le lendemain 28, au lieu de tomber, la température se maintient élevée ainsi que les jours suivants, la fièvre persiste, et le premier du mois apparaît une éruption de rougeole qui va avec un tracé thermométrique croissant si bien, que des accidents bronchopneumoniques se déclarent et la scène pathologique se termine promptement par la mort.

OBSERVATION IV (IBIDEM)

Scarlatine suivie de rougeole

§ 2. — Enfant de quatre ans entré le 15 du mois dernier pour quelques phénomènes cérébraux chroniques assez bizarres, mêlés d'un peu d'idiotie ; l'enfant vivait en plein foyer d'épidémie. Chez lui la scarlatine est aussi l'éruption la première en date.

L'incubation est un peu plus longue que chez le précédent malade, l'invasion se fait le sixième jour, l'éruption apparaît le lendemain 22, avec ce caractère qu'elle est très intense d'un rouge foncé, qu'elle couvre tout le corps, voire même la face, et qu'elle s'accompagne d'une certaine tuméfaction, prononcée surtout sur les membres.

Huit jours après le début de l'éruption scarlatineuse, le 30 du mois dernier, la rougeole apparaît, soit quinze jours juste après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, et alors que la peau revêt encore l'aspect cuivré, chagriné, de la scarlatine.

En même temps, l'œdème sous-cutané des membres augmente, la langue et les lèvres se couvrent de fuliginosités, l'état s'aggrave, se complique d'une broncho-pneumonie double et le petit malade succombe aussi comme l'autre enfant.

Les observations qui précèdent prouvent que dans la scarlatine suivie de rougeole, l'incubation de celle-ci n'est nullement modifiée. Dans notre première observation, il est plus que probable que l'enfant avait pris en même temps et sa rougeole et sa scarlatine, vers le 25 janvier. Cinq jours après apparition de la scarlatine et 15 jours vers le 10 février invasion de la rougeole. Il en est de même dans nos autres observations. Les enfants ont contracté chacun les deux affections en même temps. Des deux maladies la scarlatine est venue la première, en raison même de la brièveté beaucoup plus grande de sa période d'incubation.

Les deux virus n'ont pas agi l'un sur l'autre de façon à modifier ni la période d'incubation, ni la qualité de l'éruption ; mais le virus de la rougeole a une influence véritable sur la défervescence définitive de la scarlatine, puisque cette défervescence a été arrêtée et remplacée par la persistance de la fièvre.

La rougeole a mis son temps normal à s'incuber pendant que la scarlatine se développait ; et la fièvre à peine finie, la rougeole apparaissait. L'enfant est donc entrée dans le service de M. Grancher avec la scarlatine et la rougeole et sans qu'on ait pu soupçonner celle-ci.

D'une manière générale la période d'invasion, n'est pas sensiblement modifiée, pourtant dans notre observation cette période semble avoir été écourtée, mais les symptômes de l'invasion de la rougeole ont été absolument les mêmes

que dans une rougeole évoluant seule sur un terrain vierge d'une affection éruptive précédente.

L'éruption n'est pas sensiblement modifiée. Dans des parties, qui n'ont pas été touchées par la scarlatine, la face par exemple, l'éruption rubéolique a conservé ses caractères d'une manière intégrale. Il n'en est plus de même au niveau du tronc, et surtout au niveau des régions articulaires. L'éruption rubéolique emprunte dans ces points, au fond scarlatineux, une teinte violacée, livide portant sur des territoires tégumentaires, moins nettement délimités.

Les macules sont très serrées et moins espacées par de la peau saine. Elles ne sont plus douces au toucher : le doigt qui explore a la sensation de plusieurs points saillants à l'instar de la miliaire.

Quant au *pronostic*, il n'est pas du tout indifférent d'avoir les deux maladies successivement ou en même temps. Les combinaisons possibles de fièvres éruptives donnent des résultats pronostics vraiment curieux. La scarlatine précédant la rougeole, aggrave cette dernière ; les enfants succombent à une broncho-pneumonie précoce suivant immédiatement l'éruption rubéolique.

Dans des observations analogues M. Bez a relevé, comme nous, que la scarlatine précédant la rougeole imprimait une allure fâcheuse à celle-ci.

Peut-on diagnostiquer l'invasion morbilleuse au cours ou à la fin d'une scarlatine ? Nous n'hésitons point à répondre que ce diagnostic est quelquefois entouré de très

grandes difficultés. La température ne fournit pas toujours des indications précises. On sait depuis les travaux de Cadet de Gassicourt et Jaccoud, qu'après l'élévation des premiers jours de la scarlatine (41°) il est presque de règle de constater vers le 7^e jour de l'élévation scarlatineuse une élévation thermique ne traduisant aucune complication et ne tardant pas à se dissiper.

Si donc vers le septième jour d'une scarlatine, il y a une élévation thermique, comment savoir s'il ne s'agit là que d'une perturbation normale ou d'une invasion rubéolique au début?

Cette question est d'autant plus difficile qu'une angine tardive, une adénopathie, qui tarde un peu dans son développement, ou quelque chose de plus grave, une angine gangréneuse si difficile à diagnostiquer, peuvent être la source légitime de cette élévation thermique.

Il est donc nécessaire de pratiquer, avant de se prononcer, un examen approfondi de tous les organes qui dans la scarlatine peuvent donner prise à une infection inflammatoire. Si l'examen de la gorge est utile, celui des séreuses, plèvres, synoviales (gaines et bourses), péricarde, endocarde s'impose pour ainsi dire. Lorsqu'on peut éliminer toute complication de cette nature, lorsque la parotide et la région parotidienne, ne sont pas prises, il faut avant d'admettre une perturbation thermique normale rechercher avec soin la rougeole, les signes fugaces de la période d'invasion de l'exanthème morbillieux.

Rougeole suivie de scarlatine

En 1823 Meyer de Caslsruhe observa et décrivit une épidémie de rougeole.

« Un fait singulier, dit cet auteur, observé ici et dans quelques autres localités, c'est qu'après que l'exanthème morbillieux avait complètement disparu, mais avant qu'il commençât à desquamer, on voyait reparaître un mouvement fébrile intense, suivie d'une éruption de scarlatine généralisée, accompagnée parfois d'angine ; puis quelques jours plus tard, il s'opérait une desquamation par grands lambeaux de l'épiderme ».

La succession dans l'ordre indiqué de ces deux fièvres éruptives était donc connue depuis fort longtemps. Bez dans sa thèse a rassemblé treize cas, dans lesquels les prodromes et l'éruption de la rougeole n'ont rien de spécial. Les renseignements sur les prodromes de la scarlatine sont rares.

L'éruption scarlatineuse a suivi celle de la rougeole dans un laps de temps variable du quatrième au treizième jour ; trois fois elle s'est montrée le dixième, deux fois le sixième et deux fois le huitième jour.

La contagion de la scarlatine a donc eu lieu soit pendant l'invasion, soit pendant l'éruption morbilleuse.

L'observation qui suit est très concluante à cet égard. Il s'agit d'une fillette, qui entre à l'hôpital pour des accidents syphilitiques, et qui finit par y contracter la rougeole d'abord et la scarlatine ensuite.

OBSERVATION V (INÉDITE)

Rougeole suivie de scarlatine

La jeune André, Mathilde, âgée de vingt-et-un mois entre le 20 avril salle Sainte-Geneviève n° 11 pour des accidents syphilitiques. Nous sommes encore indécis sur la question de savoir si la syphilis de cette enfant est héréditaire ou si elle ne serait pas due à l'inoculation vaccinale, comme le prétendent les parents. Le dix-septième jour après l'admission de la petite malade, l'éruption de rougeole se montra après une légère élévation thermique en rapport avec l'invasion de la maladie. Remarquez que, sur la courbe thermique, jusqu'à l'élévation correspondant à l'invasion, il n'existe aucune oscillation ; la température s'est maintenue à 37° environ. L'incubation proprement dite de la rougeole a donc été tout à fait silencieuse à ce point de vue ; elle s'est prolongée deux jours de plus qu'à l'ordinaire, dix-sept jours au lieu de quinze.

La défervescence de cette rougeole s'effectue en deux jours ; la température redescend à 37° et y reste pendant quatre jours. Au bout de ce temps nouvelle ascension jusqu'à 39° le 1^{er} jour et à 40°8 le second jour ; cette ascension coïncide avec une éruption scarlatineuse. Au reste les choses se passent assez bien, nouvelle défervescence, assez

brusque cette fois, et disparition rapide de l'exanthème.

L'enfant a résisté à ces deux maladies successives qui ne paraissent pas avoir empiété l'une sur l'autre. La défervescence de la rougeole était complète depuis quatre jours, lorsque la scarlatine est apparue; il n'y a pas eu superposition comme dans les deux observations qui précédent.

OBSERVATION VI. (*Grancher, Gazette des Hôpitaux,*

6 octobre 1888.)

Rougeole suivie de scarlatine

Petite fille entrée le 20 du mois, dernier pour des accidents syphilitiques et qui a été prise de rougeole dix-sept jours plus tard.

L'incubation de onze jours pleins a été absolument silencieuse au point de vue symptomatique ; pendant ce temps la température a oscillé entre 37 et 38 degrés.

Puis, tout à coup, le 3 de ce mois, au matin, ascension brusque : invasion le 7 ; le 8 et le 9 l'éruption continue ; le 10 la défervescence commence, le 11, elle s'accroît et cinq jours après la défervescence complète, c'est-à-dire le 16, après une évolution aussi régulière que possible de la rougeole, apparition de la scarlatine qui se fait aussi dans les limites régulières de la contagion.

Aussi, dans ce cas, la scarlatine n'a nullement été modifiée par la rougeole qui l'a précédée et actuellement la défervescence de la maladie scarlatineuse s'opère régulièrement.

OBSERVATION VII. (*Pteiner. Jahr. f. Kinderk. 1868 v. I.*)

Rougeole suivie de scarlatine

A. N... garçon de 5 ans, depuis longtemps déjà à l'hôpital pour une tuberculose des ganglions, était couché dans une salle du troisième étage où se trouve située la salle pour les fièvres éruptives.

Un jour il est pris de phénomène fébrile, de catarrhe nasal, de conjonctivite légère et d'une toux sèche et sonore. L'enfant a perdu en même temps l'appétit et son sommeil est devenu agité.

Ces phénomènes allaient en s'accroissant pendant 3 jours, lorsque le quatrième jour apparaît sur la figure un exanthème caractérisé par des taches rouges élevées très nombreuses, entre lesquelles la peau a conservé son aspect normal.

A l'auscultation on trouve une respiration rude, et des râles sous-crépitaux fins.

La muqueuse de la gorge et de la cavité buccale était couverte de taches de couleur rouge foncée.

Du premier au sixième jour l'éruption a envahi tout le tronc, mais en même temps le malade a été pris de vomissements répétés, la peau est devenue excessivement chaude, la fréquence du pouls extrême.

La surveillante m'a dit en même temps que l'enfant avalait avec difficulté.

En examinant l'enfant, j'ai trouvé que la muqueuse de la gorge était très rouge, gonflée et que les amygdales étaient couvertes d'un enduit gris jaunâtre.

La peau était très chaude. Sur la peau du visage et du tronc on retrouvait l'exanthème que nous venons de décrire, mais en même temps il existait *un rouge diffus uniforme constitué par de petits points, rouge surtout marqué au niveau du cou, du dos, de la face d'extension des extrémités supérieures et inférieures, sur la face interne des cuisses et des articulations.*

C'est l'exanthème caractéristique de la scarlatine, le septième jour de la maladie les deux exanthèmes ont atteint le plus haut degré de développement.

La première éruption en date étant très marquée au niveau du visage, de la poitrine et des extrémités, la seconde aux endroits que nous venons d'indiquer.

La malade toussait beaucoup et se plaignait d'avoir mal à la gorge.

L'enduit des amygdales s'est encore propagé et les ganglions sous-maxillaires ont augmenté de volume.

Le huitième jour l'éruption maculeuse commence à pâlir tandis que le rouge uniforme conserve encore toute sa vigueur.

L'urine se trouble par l'ébullition.

La toux persiste ; respiration rude ; râles sous-crépitaux dans les deux poumons.

Le 9^e jour desquamation furfuracée au niveau du visage, l'éruption maculeuse continue à s'effacer ; l'éruption uniforme pâlit également.

L'exsudat des amygdales se détache peu à peu. Albumine dans les urines.

Le 10^e jour, desquamation furfuracée du visage, du tronc et des fesses. L'éruption uniforme a presque complètement disparue. Urine en petite quantité contenant de l'albumine. La toux est moins intense.

Le 11^e et 12^e jour, la desquamation furfuracée continue toujours. L'enfant a encore un peu de fièvre.

Le 13^e jour, on remarque qu'à côté de la desquamation furfuracée il existe une desquamation en lamelles continues marquée à la face interne des cuisses et à la paume de la main.

Les jours suivants la desquamation lamelliforme s'est propagée sur les autres parties du corps, et l'enfant enlevait avec ses doigts de grandes lamelles de peau mortifiée.

Il est survenu en même temps de l'œdème de la face et des extrémités et un peu d'anasarque qui ont progressivement disparus.

L'enfant a pu être considéré comme guéri au bout de six semaines.

La lecture de ces observations démontre que la période d'incubation de la scarlatine n'est nullement modifiée par une rougeole en voie d'évolution. Il en est de

même de l'éruption. Contrairement à ce qui arrive pour les cas où la rougeole fait suite à la scarlatine, la peau a été pour ainsi dire peu éprouvée dans la succession éruptive qui nous occupe. Elle n'a subi qu'une atteinte légère, superficielle pour ainsi dire; c'est une congestion partielle dont le cycle évolutif est court et rapide.

La scarlatine au contraire est une infection des couches profondes du tegument externe, avec infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Si donc la scarlatine est à même de modifier, quant à son éruption, la rougeole, celle-ci ne modifie en rien les manifestations cutanées de la scarlatine.

Au point de vue pronostique, nos observations concordent, au point de vue des résultats, avec les conclusions posées par Bez.

Dans nos observations le pronostic est bénin pour les cas de rougeole suivie de scarlatine.

Au contraire le pronostic est très grave toutes les fois qu'il s'agit de scarlatine suivie de rougeole.

IV

La contemporanéité des éruptions scarlatineuses peut se rencontrer. Les combinaisons peuvent se faire soit par une rougeole venant compliquer une scarlatine en évolution, Scarlatine-Rougeole, soit par une scarlatine faisant éclosion durant l'évolution d'une rougeole : Rougeole-Scarlatine.

Résulte-t-il quelques phénomènes spéciaux de cette association de la rougeole et de la scarlatine ?

Certains auteurs prétendent que suivant le degré d'influence réciproque, et celui de maturation de leurs contagés, tantôt elles se fondent en une troisième forme morbide, tantôt elles restent complètement distinctes et actives côtes à côtes.

La rougeole peut être l'affection primitive, quoique apparue en second lieu. Un certain nombre de scarlatines qui paraissent se compliquer de rougeole, sont en réalité des rougeoles compliquées de scarlatine.

Nous possédons deux observations, de cette sorte de simultanéité de deux fièvres éruptives. La contemporanéité absolue n'existe pas, pour des raisons qu'il est aisé de concevoir.

Dans une de nos observations qui suivent, le petit

Bourdon, commence sa rougeole le 8 janvier et le 11 on constate les symptômes caractéristiques d'une scarlatine assez intense.

La petite Price, montre des symptômes morbillieux le 16 janvier, et le 20 survient l'appareil symptomatique d'une fièvre scarlatine.

Ce n'est plus de la succession ; c'est presque de la contemporanéité.

Voici ces observations :

OBSERVATION VIII (INÉDITE)

Rougeole compliquée de scarlatine

L'enfant B... Henri, âgé de 8 ans, entré à l'hôpital des enfants malades le 8 janvier 1889, salle Guersant dans le service du professeur Grancher.

A. H... — Cet enfant appartient à l'Orphelinat de la rue de Sèvres ; la religieuse qui l'amène ne peut nous donner de renseignements sur les parents de l'enfant, morts tous les deux.

A. P... — L'enfant, grand et robuste pour son âge, ne se souvient pas d'avoir jamais été malade.

Il y a de nombreux cas de rougeole à l'Orphelinat et nous avons dans nos salles en ce moment 5 enfants de cet établissement, atteints de rougeole dont un frère du petit malade plus jeune de deux ans.

9 janvier. — Quand nous voyons l'enfant, il présente une éruption rubéolique nette sur la face, et sur le thorax, moins nette sur les membres, avec une rougeur intense sur les joues.

10 janvier. — La gorge est rouge.

L'exanthème est très vif sur les membres.

11 janvier. — L'éruption rubéolique est à son déclin, mais il y a toujours une rougeur intense des joues.

Température 40° 3.

12 janvier. — La température est très élevée, 40° 1.

Nous trouvons une éruption scarlatineuse nette sur le tronc, surtout à la région lombaire,

La langue est comme vernissée.

13 janvier. — La langue se desquame sur les bords.

Température toujours élevée au voisinage de 40° .

14/16 janvier. — La température oscille aux environs de 40° .

16 janvier. — Antipyrine 0,50, la température est de 40° , 2 le matin et descend après l'administration du médicament à 39° , 2.

Dyspnée assez intense.

17 janvier. — Etat stationnaire, l'enfant est très abattu, albuminurie.

18 janvier. — A l'angle interne de l'œil droit, on trouve une ulcération sanguinolente, rappelant les ulcérations d'un enfant mort dans le lit voisin avec de la gangrène labiale.

Lavages boriqués.

23 janvier. — La température s'est maintenue du 18 au 23 aux environs de 40° .

L'angle interne de l'œil gauche se prend comme l'œil droit.

Pensements salolés.

25 janvier. — Desquamation scarlatineuse par larges plaques sur tout le corps et sur la face, extrêmement intense ; elle commence à se montrer sur les mains.

L'auscultation fait entendre de gros râles ronflants et

sibilants dans les deux côtés de la poitrine en arrière.

La température se maintient au même niveau.

28 janvier. — Gros râles sous-crépitaux un peu diminués.

La gorge est très rouge et présente de l'angine pultacée.

La desquamation continue par grands lambeaux.

L'enfant est très abattu, très adynamique.

La température est toujours élevée.

30 janvier. — L'adynamie persiste.

La desquamation du corps est toujours nettement scarlatineuse tandis qu'à la face elle rappelle plutôt celle de la rougeole.

Rien au cœur, quoique les bruits cardiaques soient faibles.

On entend dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière de gros râles sous-crépitaux.

L'urine est peu abondante sans albuminurie.

Il y a du tremblement de la langue et des lèvres; la langue est toujours très rouge et desquamée.

Fausses membranes sur la luette qui nécessitent le passage de l'enfant au pavillon de la diphthérie où il meurt au bout de trois jours.

OBSERVATION IX (Communiquée par le Dr Critzmann.)

Rougeole compliquée de scarlatine (albuminurie)

L'enfant A... Edgar âgé de 5 ans et demi est entré à l'hôpital des enfants malades le 16 novembre 1889 salle Guer-sant dans le service du professeur Grancher.

Quand nous avons pris le service de la rougeole le 1^{er} janvier 1889, nous avons trouvé au lit n° 2 le jeune Anciaux qui a eu au dire de la surveillante une scarlatine dans le décours de sa rougeole.

Quand nous l'avons vu, il ne présentait aucune trace d'éruption quelconque; mais il était très faible, extrêmement pâle avec de la bouffissure de la face et l'aspect d'un albuminurique.

Nous avons en effet constaté de l'albumine dans les urines de cet enfant, à diverses reprises avec des intervalles pendant lesquels cette albumine disparaissait.

Régime lacté :

C'est à cause de cette complication que nous avons gardé cet enfant dans nos salles jusqu'au 3 février, époque où il a quitté l'hôpital, ne présentant plus d'albumine depuis une huitaine de jours.

C'est là tous les renseignements que nous avons pu avoir sur cet enfant, les élèves de M. Decroizilles n'ayant pas pris son observation.

OBSERVATION X (INÉDITE)

Rougeole compliquée de scarlatine (Diphthérie)

L'enfant P... Hélène âgée de 7 ans, entrée le 17 janvier 1889, salle Guersant, lit n° 12.

A. H... — Père syphilitique, au dire de la mère, mort d'apoplexie.

Mère bien portante a eu 12 enfants.

6 morts jeunes.

Les survivants ont souvent des boutons.

A. P... — Elevée au sein par sa mère à Rouen.

16 janvier. — Sur la gorge éruption très nette.

Sur le front et les jambes l'éruption est boutonneuse, offrant l'aspect de la variole.

Papules et macules de rougeole.

Pas d'albuminurie.

17 janvier. — Etat stationnaire.

18 janvier.

19 janvier.

20 janvier. — Augmentation brusque de la température qui s'élève à 40° 5.

Au niveau des jambes on trouve une teinte scarlatiforme sur laquelle on peut voir encore des traces de l'éruption.

tion rubéolique. La pression des doigts laisse une tâche blanche.

Les joues présentent une coloration uniforme, d'une rougeur presque erisypelateuse sans bourrelet.

Au niveau du pli du coude, pas d'éruption ; elle est surtout nette sur les jambes et sur la face.

Le pharynx et le voile du palais offrent un piqueté d'aspect granité.

21 janvier. — Angine pultacée ; fausses membranes sur les amygdales.

22 janvier. — Sphacèle à la base de la luette.

Adénites sous-maxillaires gauches très volumineuses catarrhe nasal prononcé.

Enduit blanchâtre qui existe depuis deux jours et couvre les amygdales.

Le diagnostic est impossible en ce moment entre une diphthérie ou une angine scarlatineuse, cependant la face présente aujourd'hui une éruption scarlatineuse intense.

23 janvier. — Etat stationnaire.

24 janvier. — Quelques râles ronflants à droite.

La langue ne présente à aucun moment de desquamation scarlatineuse.

25 janvier. — Eruption miliaire en grande quantité en arrière et en avant sur le tronc.

26 janvier. — La tendance au sphacèle de la luette est diminuée grâce aux attouchements au sublimé et aux lavages à l'acide borique ; lavages fréquents des fosses nasales à l'eau boriquée.

27 janvier. — Le poumon droit donne toujours à l'auscultation des râles ronflants.

La langue n'est pas scarlatineuse.

28 janvier. — Desquamation de la miliaire.

Pas de troubles cardiaques.

Tache opaline sur la luette.

Les deux incisives supérieures présentent une encoche.

Grande irrégularité de la couronne des incisives.

Les incisives inférieures ne présentent pas la caractéristique des dents d'Hutchinson.

29 janvier. — Tendance au sphacèle de la pointe de la luette.

Pas d'albuminurie.

30 janvier. — Desquamation à la face.

Fausse membranes.

Passage à la diphthérie.

Morte le 2 février.

La lecture des cas qui précèdent, et de ceux épars dans la littérature médicale, nous apprend que lorsque la rougeole vient s'ajouter à la scarlatine, il est ordinaire d'observer la prédominance de l'exanthème de l'une, en même temps que celle des phénomènes généraux de l'autre.

Bez explique cette sorte de balancement organique. Les catarrhes morbillieux si variés et l'éruption scarlatineuse

si homogène, si continue, si persistante, obtiennent la prépondérance au détriment des symptômes correspondants, moins saillants de l'autre fièvre.

La terminaison fatale survenue dans nos deux cas, prouve que ces combinaisons présentent un grave danger. Les malades peuvent succomber soit aux conséquences de leurs deux affections combinées, soit à une maladie intercurrente, comme la diphthérie, dont l'éclosion sur un terrain dénué de résistance, entraîne presque fatalement la mort.

CONCLUSIONS

Rougeole et scarlatine associées

1° Scarlatine suivie de rougeole. L'éruption rubéolique peut être difficile à reconnaître, l'exanthème étant plus ou moins masqué par une éruption miliaire.

2° Rougeole suivie de scarlatine. L'éruption scarlatineuse est souvent très limitée.

3° *Pronostic.* — La scarlatine suivie de rougeole est plus grave que la rougeole suivie de scarlatine.

3° *Complications.* — Bien que les phlegmasies pulmonaires soient exceptionnelles dans la scarlatine, cette dernière augmente la fréquence et la gravité de la complication habituelle de la rougeole, c'est-à-dire de la broncho-pneumonie.

4° La rougeole, qui chez les enfants ne s'accompagne presque jamais de néphrite, ni d'*aucune sorte d'albuminurie*, ne joue aucun rôle dans l'apparition de cette complication produite par la scarlatine.

5° La rougeole et la scarlatine combinent leur action

pour rendre les malades plus aptes à contracter la
diphthérie.

Vu :

Le président de la thèse

STRAUS

Vu :

Le Doyen

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD



